Aus der I. Universitäts-Frauenklinik München
Chefarzt Prof. Dr. Eymer

Elektrochirurgie und Strahlenbehandlung im Rahmen der Vulvacarcinomtherapie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

HUBERT LOHMER

aus Köln

München 1939

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Referent: Prof. Dr. Eymer

Tag der mündlichen Prüfung: 31. Januar 1939

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Häufigkeit des Vulva-Carcinoms wird in der neueren Literatur mit 3—5% der weiblichen Genital-Carcinome angegeben.

Nach einem Bericht des Staatsinstitutes für das Studium bösartiger Erkrankungen in Buffalo aus den Jahren 1913—1933 finden sich unter 11 737 bösartigen Tumoren 1587 Carcinome der Cervix, 83 Carcinome der Scheide, 204 des Ovariums, 118 der Vulva und 12 der Harnröhre. Das bedeutet, daß die Vulva-Carcinome 1% des gesamten Carcinom-Materials und 5% der weiblichen Genital-Carcinome ausmachen.

Von größter Bedeutung für die Prognose und die Wahl des Operationsverfahrens ist das Alter der Patientin. Aus Sammelstatistiken ergibt sich das Durchschnittsalter von 62 Jahren. In den Altersstufen von 61 bis 65 und von 71 bis 75 liegen die Höhepunkte des Befallenseins. Dagegen ist zwischen 46 und 50 Jahren ein auffälliges Absinken zu beobachten. Junge Patienten mit Vulva-Carcinomen sind außerordentlich selten, ebenso Frauen über 80 Jahren.

Kehrer zählt in seiner Monographie 1918 nur 24 Vulva-Carcinome auf, die jünger als 30 Jahre waren. Die in der Literatur als Vulva-Carcinome bei Kindern gehende Fälle sind nach Ansicht Frenkls Sarcome gewesen. Die ältesten Patientinnen waren 80, 81, 88 Jahre alt. Dieses hohe Durchschnittsalter verschlechtert aber an sich schon die Heilaussichten und verlangt ein rasches, aber auch dem Allgemeinzustand angepaßtes Vorgehen.

Von den verschiedenen Autoren wird immer wieder darauf hingewiesen, daß Leukoplakie, Kraurosis vulvae, spitze Kondylome und Papillome eine Rolle in der Aetiologie des Vulva-Carcinoms spielen.

In einer großen Besprechung der Pathologie der Vulva-Neoplasmen wird von Blair-Bell und Morris M. Detnow festgestellt, daß es sich in 90% um Plattenepithelien, in 5% um Adenocarcinome handelt, letztere von der Bartholinischen Drüse oder von Schweißdrüsen ausgehend; während Basalzellenkrebse, Melanome, Theratome, Sarkome und Endotheliome nur eine Seltenheit darstellen.

Man findet in den Anamnesen immer wieder angegeben, es habe sich am äußeren Genitale ein Geschwür oder ein Tumor entwickelt. Diese Veränderungen gehen dann häufig einher mit brennenden Schmerzen am Scheideneingang und mit Jucken in der Umgebung der Vulva, das unerträglich werden kann und die Frauen dann zum Arzt treibt. Bei vulvaurethralem Sitz des Carcinoms führen Brennen beim Wasserlassen und Schmerzen die Patienten

meist frühzeitig zum Arzt. Bei dem viel häufigerem schleichenden Verlauf des Carcinoms kommt es zu jahrelangem Verschleppen. So bestanden z. B. bei einer Pat. schon 10 Jahre lang Schmerzen am Scheideneingang und heftiges Jucken, ehe sie den Arzt aufsuchte. Hinzu kam ein starker Gewichtsverlust und eine langsam stärker werdende Hinfälligkeit.

Eine 58jährige Frau hatte schon sechs Jahre lang ein langsam größer werdendes Geschwür am Scheideneingang bemerkt. Erst als noch Blutungen aus diesem Geschwür auftraten, ging sie zum Arzt.

Da die Dauer der Anamnese im allgemeinen eine verhältnismäßig lange ist, der Allgemeinzustand aber meist erst spät beeinflußt wird, ist das Stadium der Tumor-Entwicklung, mit dem die Pat. zur Aufnahme kommen, ein sehr weit fortgeschrittenes, und es erhebt sich auch hier die dringende Forderung nach einem frühzeitigen Aufsuchen des Arztes.

Therapie.

Bei den Behandlungsmethoden des Vulva-Carcinoms unterscheidet man:

1. Rein chirurgische Behandlung
2. Elektro-chirurgische und Strahlenbehandlung
3. Reine Strahlenbehandlung
4. Symptomatische Behandlung.

Beim rein-chirurgischen Vorgehen mit dem Messer ist die Art der beim Vulva-Carcinom anzuwendenden Operationstechnik durch Stoeckel und Basset eingehend geschildert worden. Es handelt sich um die Exstirpation der Vulva und die ausgiebige Entfernung von parametranem Gewebe und der gesamten inguinalen Lymphdrüsen.

Obwohl die Radikal-Operation in ihren bis jetzt vorliegenden Resultaten die übrigen Operationsmethoden übertrifft, so sind doch die Gefahrmomente derselben nicht zu unterschätzen. Diese bestehen aus der Schwere des Eingriffes an sich, besonders bei der Entfernung sämtlicher Drüsen und des tief im Becken sitzenden Gewebes, aus der Dauer, die noch mit 1½ bis 2 Stunden angegeben wird und den großen postoperativen Gefahren der Infektion, der Thrombose u. a. Sämtliche Gefahrmomente werden beim Vulva-Carcinom infolge des hohen Durchschnittsalters der Pat. noch gesteigert.

Die Anfänge der Elektro-Chirurgie reichen über ein halbes Jahrhundert zurück.

Schon 1882 wurde zuerst von Grimm die Anwendung des elektrischen Stromes bei der operativen Behandlung des Vulva-Carcinoms empfohlen. 1921 hat dann Matthaei auf die mit der elektro-chirurgischen Operationstechnik gemachten guten Erfahrungen hingewiesen und u. a. als besonderen Vorteil die geringe Schmerzhaftigkeit im postoperativen Verlauf erwähnt.

Das elektro-chirurgische Vorgehen bietet eine ganze Reihe von Vorzügen. So wird in einem besonders gut durchbluteten Gebiet blutsparend operiert und durch Verschluß der Gefäße, Lymphbahnen und Kapillaren eine Keimverschleppung und Impfimplantation von Tumor-Material verhindert, wie auch die Möglichkeit gegeben, infiziertes Gebiet zu sterilisieren. Während man die Gefahr der Keimverschleppung schon bei einer Probe-Excision, die mit dem Messer ausgeführt wird, fürchtet, und das Anoperieren von Tumoren auch bei nachfolgender Bestrahlung als gefährlich kennt, lassen sich mittels der Elektro-Chirurgie am Tumor selbst Eingriffe vornehmen, um für die Bestrahlung günstige Verhältnisse zu schaffen. Weiterhin ist auch die geringe Schockwirkung wie auch die Kürze der Operationsdauer, die nur wenige Minuten in Anspruch nimmt, bekannt. So kann die Elektro-Operation meist leicht in intravenöser Kurznarkose ausgeführt werden. Hinzu kommt noch der schon von Matthaei erwähnte schmerzfreie Heilverlauf, der bei längerem Krankenlager recht wesentlich ist.

Das Vulva-Carcinom wird elektro-chirurgisch folgendermaßen angegangen:

Das Carcinom wird je nach Lage des Falles entweder einseitig oder auch doppelseitig weit im Gesunden mit dem elektrischen Messer umschnitten, wobei das Operationsgebiet trichterförmig nach der Tiefe hin ausgehoben wird. Die Urethra wird dabei, auch wenn sie vom Tumor mitergriffen sein sollte, geschont, abgesehen von ganz eindeutigem Befallensein an ihrem vorderen Abschnitt. In einzelnen Fällen wird dagegen bis an den Knochen (Schambeinäste) herangegangen und teilweise auch das Periost nicht geschont, ohne daß dabei Schädigungen beobachtet wurden. Eine histologische Untersuchung von dem so gewonnenen Operationspräparat, besonders von den Randbezirken her, läßt feststellen, ob auch das ganze Carcinom erfaßt wurde. Die Wundhöhle wird, soweit sie noch nicht ganz bluttrocken ist, koaguliert. Es entsteht also ein großer Defekt, der nicht primär verschlossen werden kann, offen bleibt, und zunächst locker austamponiert wird. Diese Höhle heilt unter Anwendung von Salbenverbänden und Sitzbädern im Verlauf von einigen Wochen per granulationem zu.

Als Restzustand der zunächst oft großen Wundhöhle pflegt eine sehr schöne glatte Narbe zurückzubleiben, die wohl teilweise den Scheideneingang etwas einengen kann, aber doch sonst keinerlei Störungen mit sich bringt.

Während die Anfänge der Elektrochirurgie bis in das Jahr 1882 zurückgehen, ist die Strahlenbehandlung wesentlich jünger.

1913 veröffentlichte Bumm als erster Früherfolge nach der Anwendung radioaktiver Substanzen beim Vulvakrebs. Auch in Einzelstatistiken wurden reine Strahlenerfolge mit Mesothorium, Radium oder Röntgenstrahlen veröffentlicht, aber in Sammelstatistiken blieb die absolute Heilungsziffer nach reiner Strahlenbehandlung überraschend niedrig. Die Verbesserung der Behandlungsergebnisse beim Vulva-Carcinom ist wohl in erster Linie der Kombination chirurgischer und radiologischer Behandlung, insbesondere elektro-chirurgischer Verfahren mit den modernen Bestrahlungsmethoden zu verdanken.

In diesem Zusammenhang ist die 1930 von der Mayo-Klinik gemachte Feststellung von großem Interesse, daß die absolute Heilung beim Vulva-Carcinom, die nach Vulvektomie in 110 Fällen 8% betragen hatte, durch die einführende Radikaloperation in 80 Fällen auf 10%, durch die Kombination chirurgischer Verfahren mit Röntgenbestrahlungen aber bei 70 Fällen auf 18% gestiegen war. Noch wesentlich bessere Heilungsziffern wurden aus Kliniken veröffentlicht, in welchen vorwiegend elektro-chirurgische Methoden mit Strahlenbehandlung kombiniert wurden. So teilte 1930 Berven aus dem Radium-Hemmet in Stockholm bereits 33% Dreijahresheilungen bei 49 Patienten mit, die mit Elektro-Koagulation des Primärtumors und Radium vornehmlich der Drüsenregionen behandelt worden waren.

Der Verlauf der heute angewandten Behandlungsmethoden bei Strahlentherapie ist folgender:

Die Behandlung beginnt meist mit der Diathermie-Kaustik. Nur in seltenen Ausnahmen, bei sehr großem oder stark jauchendem Tumor, wird ihr zur schärferen Abgrenzung oder Säuberung der Geschwulst eine präoperative Strahlenbehandlung vorangeschickt. 5—6 Wochen nach der Kaustik, wenn die Ausheilung der Wunde weit fortgeschritten oder abgeschlossen ist, folgt die prophylaktische Röntgenbestrahlung der Leistendrüsen. Wenn operable Leistendrüsenmetastasen vorhanden sind, oder Verdacht darauf besteht, wird die Drüsenexstirpation je nach Lage des Falles bei der Vulva-Kaustik oder in einer zweiten Sitzung ausgeführt. Die Röntgennachbestrahlung wird 3—4 Wochen nach der Drüsenexstirpation in der gleichen Weise verabfolgt wie die prophylaktische Drüsen-

bestrahlung. Inoperable Drüsentumoren werden je nach ihrer Ausdehnung mit Radiumspickung, Radiumabstandsmoulage oder protrahiert fraktionierter Röntgenbestrahlung mit hoher Gesamtdosis behandelt.

Eine postoperative Röntgenbestrahlung wird in den Fällen ausgeführt, in denen es nicht möglich war, im Gesunden zu operieren. Die dabei verabfolgte Dosis wird bei einem großen Vulvafelde verhältnismäßig niedrig gehalten, da die Vulva-Schleimhaut empfindlich ist und für Kombinationsschäden prädisponiert erscheint.

Bei der Nachbehandlung des Grundes von Tumoren oder der Behandlung von kleinen Resttumoren und Rezidiven wird die Radiumbehandlung der Röntgenbehandlung vorgezogen. Damit werden höhere Oberflächen- und Herddosen verabfolgt als bei der Röntgenbehandlung, die aber auf einem viel kleineren Raum beschränkt bleiben. Kann bei der Verabfolgung tumorschädigender Dosen eine Schädigung auch des Tumorbettes nicht immer vermieden werden, so wird sie um so eher von der gesunden Umgebung ausgemerzt, je kleiner das bestrahlte Volumen ist.

Nur die urethra-nahen Carcinome werden als Ausnahme meistens anstatt mit der Diathermie-Kaustik in Lokalbehandlung mit Radium angegangen. Bei diesem Sitz besteht für die chirurgische Behandlung die Gefahr der Harnröhrendurchtrennung bzw. Verletzung mit nachfolgender Striktur. Deshalb zieht man es vor, diese Fälle mit Radiumspickung zu behandeln. Die Nadeln bleiben im Durchschnitt vier Tage liegen. Die hierbei entstehende Schleimhautreaktion pflegt in kurzer Zeit abzuklingen und der Tumor rasch einzuschmelzen, so daß wie nach der Diathermie-Kaustik nach vier bis fünf Wochen die Röntgenbehandlung der Leistendrüsen folgen kann. Die Narben nach der Röntgenbehandlung zeichnen sich durch große Geschmeidigkeit aus. Bei sehr großen Tumoren mit vulvaurethralem Sitz wird man die Kombination von Diathermie-Kaustik bis in die Nähe der Tumorbasis und Radiumspickbehandlung des Restes anwenden.

Gänzlich inoperable Vulvacarcinome werden mit Radium behandelt. So berichtet Kövesligethy über 47 inoperable Fälle, die mit kleinen, stark gefilterten Radiumdosen lokal behandelt wurden. Die Inguinaldrüsen wurden mit Röntgenstrahlen behandelt. Von 47 Fällen heilten 13,1%.

In der I. Münchener Universitäts-Frauenklinik gelangten in der Zeit von 1933 bis 1936 6 Pat. mit Vulvacarcinomen zur Aufnahme. Sie wurden alle ausschließlich elektro-chirurgisch und strahlentherapeutisch behandelt und blieben in ständiger Beobachtung.

Von den 6 Pat. leben 5 ohne Beschwerden (letzte Nachuntersuchung am 3. 11. 38). Eine Pat. starb nach 5½ Jahren an allgemeinen Metastasen.

Es folgt ein Bericht über die sechs Krankheitsfälle.

Eine 42jährige Frau kam am 4. 1. 34 zur Aufnahme. — Der klinische Befund ergab:

Die beiden großen und kleinen Labien sind carcinomatös verändert. An der rechten großen Labie infolge des Zerfalls des Ca ein großes, tiefgehendes, leicht blutendes carcinomatöses Geschwür. Die linken Labien hypertroph in ihrerr ganzen Ausdehnung stark carcinomatös infiltriert. Der Mons pubis ödematös geschwollen. In der rechten Inguinalgegend bis kirschkerngroße derbe, wenig verschiebliche Drüsen. Auch links kleine Drüsen zu fühlen. Von der Scheide aus fühlt man entlang der Urethra bis zur Blase reichend carcinomatöse Infiltrate. Außerdem Infiltrate, die rechts um den Schambeinast herumgreifen.

Diagnose: Es handelt sich um ein von der rechten großen Labie ausgehendes Vulvacarcinom, das die ganze Vulva ergriffen hat und dessen Infiltrate bis zur Blase reichen.

Histologische Diagonse: Plattenepithelcarcinom der Vulva.

Therapie: Nach vorhergegangener Röntgen-Großfeldbestrahlung Operation am 11. 1. 34. Es werden mit dem Diathermiemesser im Gesunden die Labien und Infiltrate bis auf den Knochen abgetragen.

Pat. bis heute symptomfrei. Man sieht und tastet vollkommen weiches, unverdächtiges Narbengewebe, nirgends etwas vom Ca nachweisbar. Auch per rectum kein krankhafter Befund zu erheben, übriges Genitale o. B.

Eine 62jährige Frau kam am 8. 8. 34 zur Aufnahme. Der örtliche Befund ergab:

Im Bereich der rechten großen Labie sieht man eine kleinmandarinengroße Geschwulst mit höckriger Oberfläche, die auch die ganze Clitoris umfaßt. In der rechten Inguinalgegend tastet man eine größere und mehrere kleinere verdickte Drüsen. In der linken Inguinalgegend ebenfalls einige kleinbohnengroße Lymphdrüsen.

Diagnose: Es handelt sich um ein Carcinom im Bereich der rechten großen Labie und der Clitoris unter Mitbeteiligung der Leistendrüsen.

Histologische Diagnose: Plattenepithelcarcinom mit starker Verhornung.

Therapie: Operation am 13.8.34. Exstirpation der Vulva mit dem elektrischen Messer unter gleichzeitiger Ausräumung der Leistendrüsen. Röntgennachbestrahlung vom 8. bis 10. 10. 34, die gut vertragen wird.

Pat. bis heute symptomfrei. Nichts mehr vom Ca nachweisbar.

Eine 45jährige Frau kam am 11.6.34 mit Vulvacarcinom in die Behandlung der Universitäts-Frauenklinik Gießen. Pat. wurde mit Drüsenfeld-Radiumeinlage- und Radiumbestrahlung vom 14.6.34 bis 22.10.34 behandelt. — Pat. wurde am 27.11.34 zur Nachuntersuchung und weiteren Behandlung an die Universitäts-Frauenklinik München überwiesen.

Der örtliche Befund ergab.

Zustand nach bestrahltem Vulva-Carcinom: Links sieht man eine ungefähr fünfmarkstückgroße frisch epithelisierte Wundfläche. Ein Teil des linken Labiums fehlt. Hier klafft die Vulva etwas. In der Umgebung nichts von Ca nachweisbar. Die Leistendrüsen nicht infiltriert. Die Portio an normaler Stelle. Uterus klein, mäßig beweglich, Parametrium und Adnexe auch vom Rectum aus frei.

Bei der letzten Nachuntersuchung vom 10.8.38 tastet man lediglich Narbengewebe. Nichts mehr von Ca nachweisbar.

Eine 49jährige Frau kam im November 1935 wegen eines Vulvacarcinomrezidivs zur Aufnahme. Der örtliche Befund ergab:

Man tastet an der hinteren Scheidenwand gleich hinter dem Intraitus zwei derbe Knoten, von denen der eine etwa Bohnengröße, der andere ungefähr Erbsengröße hat. Die Schleimhaut über diesen Knoten sieht gelblich verfärbt aus. Das übrige Genitale o. B. Insbesondere sind die Parametrien beiderseits frei.

Diagnose: Mischgeschwulst vom Typ eines Basaliom-Cylindroms.

Therapie: Am 2.12.35 werden zwei Platinfilter mit je 25 mg Rad. El. in je 1 cm dickem Hartgummirohr vaginal auf den Knoten am Introitus an der hinteren Scheidenwand eingelegt. Die Substanz bleibt 60 Stunden liegen. Am 24.12.35 konnte Pat. wegen störungsfreien Verlaufs der Radium- und Röntgenbehandlung entlassen werden.

Nachuntersuchung vom 2.12.36: Das im Anfang beschriebene bohnengroße Knötchen ist jetzt nicht mehr zu tasten, der Scheideneingang ist durch Narbenbildung verengt, sodaß eine Stenose gebildet wird, die für einen Finger durchgängig ist. Hinter der Stenose tastet man eine vollkommen intakte Scheidenschleimhaut, hinten eine normale Portio. Rektal kein pathologischer Befund zu erheben.

Nachuntersuchung vom 31. 5. 37: Neben der hinteren Kommissur hat sich ein etwa kirschgroßer, sich mehr cystisch anfühlender Knoten, der etwas bläulich verfärbt ist, gebildet.

Die histologische Untersuchung ergibt: Eine Mischgeschwulst vom Typ des Basaliom-Cylindroms.

Der Inhalt des Knotens, der wie eine Cyste imponiert, wird ausgelöffelt.

Nachuntersuchung vom 11. 9. 37: Lediglich die Dammgegend ist äußerst derb, fühlt sich auch etwas höckrig an. Inguinaldrüsen frei.

In der Dammgegend wird ein verdächtiger Knoten entfernt. Operation am 17. 9. 37. Der Rezidivtumor wird unter Erhaltung des Sphinkters weitgehend mit der elektrischen Schlinge abgetragen. Die Operationswunde zeigt hier schöne Granulationen, hat die Größe eines Fünfmarkstückes. Die Pat. wird entlassen.

Nachuntersuchung am 25. 1. 38: Im Bereich der hinteren Kommissur tastet man einen gut pflaumengroßen Knoten, welcher auf dem Sphinkter liegt und an der Oberfläche zu ulzerieren beginnt. Es werden fünf Nadeln in den beschriebenen Tumor eingestoßen, die 12 Stunden liegen bleiben.

Nachuntersuchung vom 19. 4. 38: An Stelle des großen Knotens ist nur noch eine mit hellem Schorf belegte Schleimhautstelle zu sehen. Die Umgebung des ganzen Gebietes ist durch Narbenbildung ziemlich derb. Beide Leistengegenden sind frei, das übrige Genitale o. B.

Pat. blieb bis heute symptomfrei.

Eine 55jährige Frau kam am 16. 4. 36 zur Aufnahme. Der örtliche Befund ergab:

Am äußeren Genitale, in der Gegend der Clitoris, ist die ganze rechte große Schamlippe ein einziger ulcerierter Tumor, der besonders in den seitlichen Partien der Clitorisgegend in die Tiefe eingebrochen ist. Die Ränder fühlen sich sehr derb an. Die Scheide und der Urethralwulst sind glatt und unverdächtig. Die Portio liegt mit quergespaltenem Muttermund im hinteren Scheidengewölbe. Das Corpus uteri liegt retroflektiert, fixiert, normal groß. Die Parametrien sind unverdächtig. In der linken Leistengegend eine gut bohnengroße Drüse, in der rechten Leistengegend eine kleinbohnengroße Drüse zu tasten.

Diagnose: Es handelt sich um ein primäres Clitoriscarcinom, das besonders rechts, aber auch links heruntergewachsen ist.

Histologischer Befund: Verhornendes Plattenepithelcarcinom, das in breiten Zügen infiltrierend in die Tiefe wächst.

Therapie: Am 21.6.36 Operation. Abtragen der Vulva mit der elektrischen Schlinge. Im Laufe der postoperativen Nachbehandlung stößt sich ein großer, im Bereich der Wunde liegender Knochensplitter ab. Täglich Sitzbäder und Unguendulansalbenverbände.

Vom 26.6.36 bis 4.7.36 prophylaktische Nachbehandlung der beiden Leistengegenden durch Radiumauflagen, welche von der Pat. gut vertragen werden. Pat. wird bald darauf entlassen.

Pat. ist bis heute symptomfrei, es besteht kein Anhaltspunkt für ein Rezidiv.

Eine 50jährige Frau kam im März 1933 zur Aufnahme. Es handelte sich um ein Rezidiv eines im Jahre 1928 an der Universitäts-Frauenklinik Freiburg operierten und bestrahlten Vulvacarcinoms. Der örtliche Befund ergab:

An der Vulva rechts und links exulcerierte und carcinomatöse Infiltrate. Portio, Muttermund und Scheide o. B.

Diagnose: Vulvacarcinom.

Histologische Diagnose: Reifes Plattenepithelcarcinom mit Verhornung.

Therapie: Operation am 9.3.33. Excision mit der elektrischen Schlinge und Elektrokoagulation. Das übrige Gebiet wurde intensiv nachbestrahlt und zwar mit Radium in Form von vaginalen Einlagen und Mulagen vor die Vulva und Röntgen vom Abd. und Dors. her.

Der Pat. ging es dann zunächst besser bis zum Dezember 1933. Dann zeigte sich abermals ein Rezidiv und es wurde nochmals eine ausgiebige Elektrokoagulation vorgenommen. Eine Bestrahlung wurde diesmal nicht mehr verabreicht. Die Wunde verheilte sekundär.

Pat. kam am 29.3.38 an allgemeinen Metastasen ad exitum.

Von den sechs Patientinnen, die in der Zeit von 1933 bis 1936 zur Aufnahme gelangten, und die elektrochirurgisch, strahlentherapeutisch oder kombiniert behandelt wurden, starb nur eine nach 5½ Jahren, drei sind über 4 Jahre, eine über 3 Jahre und eine über 2 Jahre symptomfrei.

Von Göbel und Hamann vom Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg liegt ein ausführlicher Bericht über 61 Pat. vor, die in der Zeit von 1915 bis 1936 zur Aufnahme gelangten, von denen die meisten elektrochirurgisch, strahlentherapeutisch oder kombiniert behandelt wurden. Von diesen 61 Fällen von Vulvacarcinom standen 38 länger als 5 Jahre und 23 kürzere Zeit in

Beobachtung. Von den 38 über 5 Jahre beobachteten Fällen lebten ohne Beschwerden 10, starben an Carcinom 25, interkurrent 3. Was einer absoluten Heilung von 26,3% entspricht. Von den 23 kürzer als 5 Jahre beobachteten Carcinomen lebten 12, starben an Krebs 9, interkurrent 2.

Von großem Interesse ist eine Zusammenstellung über Fünfjahresheilungen von 7 der größten Kliniken, aus der hervorgeht: daß Bowing von der Majo-Klinik in Rochester 1931 zwölf Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 79 Vulvacarcinomfällen verzeichnen konnte, was einem Heilungsprozentsatz von 15,2 entspricht;

Berven vom Radium Hemmet in Stockholm 1932 24 Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 77 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 31,2 entspricht;

Cahen und Delporte in Brüssel 1933 sieben Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 25 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 28,0 entspricht;

v. Büben, Budapest, 1935 12 Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 50 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 24,0 entspricht;

Tausch in Tübingen, 1931 acht Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 41 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 19,5 entspricht;

Kirchhoff und Eirund in Bremen 1932 drei Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 5 Fällen;

Göbel und Hamann, Krankenhaus St. Georg in Hamburg 1936 zehn Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 38 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 26,3 entspricht.

Faßt man die Ergebnisse der sieben Kliniken zusammen, so ergeben sich 76 Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 315 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 24,2 entspricht.

Diese Fünfjahresergebnisse sind nicht in jedem einzelnen Falle durch Kombination von chirurgischer und radiologischer Behandlung gewonnen worden, sondern chirurgische und strahlentherapeutische Methoden wurden in den meist langen Berichtszeiten zum Teil abwechselnd, zum Teil kombiniert angewendet.

Die verhältnismäßig niedrige Heilungsziffer der Mayo-Klinik wurde von einem Material gewonnen, bei welchem die Vulva-Exstirpation noch vorwiegend mit dem scharfen Messer ausgeführt worden war.

Auch beim Tübinger Material war die Zahl der Elektro-Operationen noch klein gewesen.

In Budapest hatte ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz, drei Viertel der Patienten, eine reine Strahlenbehandlung erhalten.

Die Spitzenleistung in Stockholm war, wie die guten Resultate in Brüssel, durch Elektrokoagulation des Vulvatumors, Drüsenexstirpation und Radiumbestrahlung erzielt worden.

Die sich aus dieser Zusammenstellung ergebende durchschnittliche Heilungsziffer von 24,2% für das Vulva-Carcinom ist günstiger als die absolute Heilung für das Portio-Carcinom, die nach der Sammelstatistik von Miculicz-Radecki im Jahre 1934 20% nicht übersteigt.

Durch seine Lokalisation ist das Vulva-Carcinom sowohl für das Messer wie auch für Strahlen besser zugängig als das Portio- oder Corpus-Carcinom. Auch fallen primäre Mortalität und ernste Komplikationen der Behandlung fast ganz fort. Bei der Mortalität durch Spätrezidive muß man bedenken, daß sie die Patienten meist in einem Alter betrifft, in welchem mit einem entsprechenden Verlust durch die Altersterblichkeit gerechnet werden muß.

Während die Symptome eines Gebärmutterkrebses ganz fehlen können, sind die Veränderungen an der Vulva meist sehr bald sichtbar, und bleiben den Frauen nicht verborgen, wodurch die Voraussetzungen für eine Erfassung des Vulva-Carcinoms im Frühstadium wesentlich besser sind als beim Gebärmutterkrebs.

Zusammenfassung.

Nach Ergebnissen aus Sammelstatistiken wird über die Häufigkeit, das Altersbild, die Aetiologie, Histologie und Anamnestisches des Vulva-Carcinoms berichtet.

Es folgt eine Darstellung der heute angewandten elektrochirurgischen und strahlentherapeutischen Behandlungsmethoden:

1. Rein chirurgische Behandlung
2. Elektrochirurgische und Strahlenbehandlung
3. Reine Strahlenbehandlung
4. Symptomatische Behandlung.

Bericht über 6 Vulva-Carcinomfälle die in der Zeit von 1933 bis 1936 in der I. Münchener Universitäts-Frauenklinik zur Aufnahme gelangten. Von den 6 Patienten leben 5 ohne Beschwerden, 1 Patientin starb nach 5½ Jahren.

Statistik über 5 Jahresheilungen von 7 Kliniken. Es ergeben sich 76 Fünfjahresheilungen von einem Gesamtmaterial von 315 Fällen, was einem Heilungsprozentsatz von 24,2 entspricht.

Die Spitzenleistungen wurden durch Elektrokoagulation des Vulvatumors, Drüsenexstirpation und Strahlenbehandlung erzielt.

Literatur.

Blair-Bell, W., and Morris M. Datnow: Primary malignant diseases of the vulva, with special reference of treatment by operation. J. Obstetr. 34 (1936).

Bumm, E.: Zentralblatt für Gynäkol. 1919.

Cahen, Jean: Le traitement des épithéliomas de la vulve. Bull. Soc. belge Gynec. 9 (1933).

Delporte, F., und I. Cahen: J. chir. 41.

Den Hoed: Resultate der Behandlung bösartiger Geschwülste von Vagina und Urethra (1936). Ber. über d. ges. Gyn. und Geburtshilfe, 1936.

Göbel, A., und A. Hamann: Zur Klinik und Therapie der Carcinome am äußeren Genitale. Zentralbl. Gyn. 1937.

Kövesligethy, Ivan: Die Rolle des Radiums in der Therapie des Vulva-Krebses. Ber. über d. ges. Gynäk. u. Geb.-Hilfe (1936).

Matthaei, F.: Referat Zentr.-Bl. Gynäk. 1921.

Schreiner, Bernhard F., und William H. Wehr: Cancer of the Vulva with a report of one hundred eighteen cases. Surg. etc. 58 (1934).

v. Seemen: Allgemeine und spezielle Elektrochirurgie.

—: Elektro-chirurgische Behandlung bösartiger Geschwülste. 1933.

Simon, St.: Strahlentherapie, 43.

Stoeckel: Therapie des Vulvacarcinoms. Arch. f. Gyn. 1929.

Tausch, M.: Strahlentherapie, 40.

Taussig, Fred. J.: Late results in the treatment of leucoplakie vulvitis and cancer of the vulva. Amer. J. Obstetr. 31 (1936).

Lebenslauf.

Ich wurde am 17. Oktober 1911 in Köln geboren. Bis zu meinem Abitur 1932 besuchte ich das Realgymnasium in Köln-Deutz. 1934 legte ich die ärztliche Vorprüfung an der Universität Bonn ab. Die sechs klinischen Semester studierte ich an der Universität München und legte auch hier am 11. Januar 1938 die ärztliche Prüfung ab.

In meinem praktischen Jahr war ich bei Prof. Dr. Magnus an der chirurg. Universitäts-Klinik München tätig. Dann bei Prof. Dr. Kürten an der med. Univ.-Poliklinik. Die letzten 5 Monate verbrachte ich bei Prof. Dr. Stoeckel an der Univ. Frauenklinik in Berlin. Meine Bestallung als Arzt erhielt ich am 1. Februar 1939.

Zur Zeit bin ich als Assistenzarzt auf der geburtshilfl. Abteilung am St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof tätig.

Hubert Lohmer